

## Registre des codes-créanciers

### Formulaire de demande pour l'obtention d'un numéro du registre des codes-créanciers (n° RCC)

Lors de la constitution d'une personne morale (SA, Sàrl etc.), il convient de demander un numéro RCC en qualité d'organisation au moyen du présent formulaire. Pour les physiothérapeutes qui travaillent dans l'organisation, veuillez utiliser le formulaire de demande correspondant «Entrée et départ d'un numéro de contrôle (n° C)», que vous trouverez sous [www.sasis.ch/fr/591](http://www.sasis.ch/fr/591). Vous pouvez aussi répondre directement aux questions à la p. 3 du présent formulaire. Les personnes physiques exerçant une activité lucrative indépendant doivent demander un n° RCC au moyen du formulaire figurant sous [www.sasis.ch/fr/577](http://www.sasis.ch/fr/577).

(Le genre masculin s'applique par analogie aux personnes de sexe féminin)

Données de base	
Canton d'implantation de l'organisation	
GLN (Global Location Number)	
IDE (numéro d'identification des entreprises)	
Nom du cabinet / de l'établissement	
Raison sociale d'après le registre du commerce	
Forme juridique (l'organisation ne doit pas être une société simple)	<input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> Sàrl <input type="checkbox"/> coopérative <input type="checkbox"/> association <input type="checkbox"/> fondation <input type="checkbox"/> institution de droit public <input type="checkbox"/> société en nom collectif <input type="checkbox"/> société en commandite simple <input type="checkbox"/> autre:
Langue de correspondance	<input type="checkbox"/> allemand <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> italien
Adresse du cabinet / de l'établissement	
Complément d'adresse	
Rue	
Case postale	
NPA / lieu	
Téléphone du cabinet	
Téléphone portable	
Télécopie du cabinet	
Site Internet	
Adresse e-mail du cabinet	
Adresse de correspondance (si différente de l'adresse de l'organisation, procuration obligatoire)	
Société	
Titre de civilité	
Nom	
Prénom	

**Registre des codes-créanciers**

Complément d'adresse	
Rue	
Case postale	
NPA / lieu	
Pays	
Téléphone	
Téléphone portable	
Adresse e-mail	
<b>Opérations de paiement (les champs relatifs au titulaire du compte doivent obligatoirement être complétés)</b>	
Facturation via des tiers (office d'encaissement)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Caisse des médecins <input type="checkbox"/> swisscom health SA <input type="checkbox"/> Caisse des médecins-dentiste <input type="checkbox"/> VSA-IFAK <input type="checkbox"/> IFAK-DATA <input type="checkbox"/> OFAC <input type="checkbox"/> autre facturation, <b>joindre un bulletin de versement</b>
Titulaire du compte: nom	
Titulaire du compte: nom supplémentaire	
Titulaire du compte: rue	
Titulaire du compte: case postale	
Titulaire du compte: NPA / lieu	
Type de compte	<input type="checkbox"/> compte postal <input type="checkbox"/> compte bancaire
Numéro de clearing	
Numéro de compte	
IBAN (21 chiffres)	
Nom de la banque	
En cas de facturation électronique via un numéro BVR	N° BVR (9 chiffres) 0 1 _ _ _ _ _ _ _ _ <b>Joindre un bulletin de versement</b>
<b>Statut</b>	
Date d'ouverture de l'organisation	(jour / mois / année)
Veuillez noter que la date d'ouverture ne peut précéder la date de validité de l'autorisation cantonale d'exploitation. Les assureurs peuvent refuser les prestations fournies avant cette date.	
<b>Physiothérapeutes travaillant dans l'organisation</b>	
<b>IMPORTANT:</b> Les physiothérapeutes travaillant dans l'organisation en tant qu'employés se attribuer un numéro C. L'attribution d'un tel numéro entraîne la suspension d'un éventuel numéro RCC personnel préexistant. Si un physiothérapeute travaille uniquement à temps partiel dans l'organisation et souhaite conserver son numéro RCC pour cette raison, il convient de nous adresser une <b>justification écrite du physiothérapeute</b> .	

**Registre des codes-créanciers**

Physiothérapeutes travaillant dans l'organisation	
<input type="checkbox"/> physiothérapeute responsable <input type="checkbox"/> physiothérapeute non responsable	au moins un physiothérapeute salarié dans l'organisation doit être responsable
Titre de civilité	<input type="checkbox"/> madame <input type="checkbox"/> monsieur
Nom	
Prénom	
GLN du physiothérapeute	
Date de naissance (jour / mois / année)	
Travaille dans l'organisation depuis:	Date
Numéro C	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, N° C
Numéro RCC	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, N° RCC
Autres physiothérapeutes travaillant dans l'organisation	
<input type="checkbox"/> physiothérapeute responsable <input type="checkbox"/> physiothérapeute non responsable	au moins un physiothérapeute salarié dans l'organisation doit être responsable
Titre de civilité	<input type="checkbox"/> madame <input type="checkbox"/> monsieur
Nom	
Prénom	
GLN du physiothérapeute	
Date de naissance (jour / mois / année)	
Travaille dans l'organisation depuis:	Date
Numéro C	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, N° C
Numéro RCC	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, N° RCC
Autres physiothérapeutes travaillant dans l'organisation	
<input type="checkbox"/> physiothérapeute responsable <input type="checkbox"/> physiothérapeute non responsable	au moins un physiothérapeute salarié dans l'organisation doit être responsable
Titre de civilité	<input type="checkbox"/> madame <input type="checkbox"/> monsieur
Nom	
Prénom	
GLN du physiothérapeute	
Date de naissance (jour / mois / année)	
Travaille dans l'organisation depuis:	Date
Numéro C	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, N° C
Numéro RCC	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, N° RCC
Si d'autres physiothérapeutes travaillent dans l'organisation, veuillez copier et remplir la p. 3.	

## Registre des codes-créanciers

<b>Documents à transmettre (pour plus de détails, voir la notice informative)</b>	
<b>Documents requis pour l'organisation</b>	
<input type="checkbox"/> autorisation cantonale d'exploitation <b>ou</b> confirmation du canton indiquant que le droit cantonal ne prévoit pas d'autorisation d'exploitation pour les organisations de physiothérapie.	
<b>Documents requis pour chaque physiothérapeute</b>	
<input type="checkbox"/> autorisation de pratiquer ( <b>uniquement pour le physiothérapeute responsable</b> )	
<input type="checkbox"/> attestations de formation pour les employés cadres et non cadres conformément à la notice informative	
<input type="checkbox"/> diplôme de formation complémentaire en hippothérapie, le cas échéant	
<input type="checkbox"/> attestation d'activité pratique de 2 ans à 100% ( <b>uniquement pour le physiothérapeute responsable</b> )	
<b>Déclaration</b>	
<p>Le fournisseur de prestations soussigné confirme l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus.</p> <p>Il s'engage à signaler sans délai tout changement à l'aide du formulaire de mutation officiel, afin de permettre la vérification des conditions d'admission. Le demandeur est en droit d'exiger à tout instant un relevé actuel des données.</p> <p>Le fournisseur de prestations confirme avoir pris connaissance des conditions générales du registre des codes-créanciers actuellement en vigueur (CG RCC) et prend note que le numéro RCC ou le numéro C sont attribués sur la base des informations contenues dans le présent formulaire. Toute information fautive ou incomplète ainsi que la non-communication des mutations peuvent générer des problèmes de paiement pour les prestations fournies. Toute responsabilité en lien avec l'attribution ou la non-attribution d'un numéro RCC ou d'un numéro C est expressément exclue.</p> <p>Le numéro RCC est attribué pour une durée de cinq ans; ils peuvent ensuite être reconduits.</p> <p>Le règlement sur les taxes et le règlement de traitement RCC actuellement en vigueur s'appliquent. Ces deux documents peuvent être consultés sur le site Web de SASIS SA <a href="http://www.sasis.ch/fr/634">www.sasis.ch/fr/634</a>, sous la rubrique «Bases juridiques».</p> <p>Le formulaire de demande doit être signé par une personne habilitée à signer.</p>	
<b>Lieu et date</b>	<b>Signature</b>
_____	_____
	<b>Prénom nom</b>
	_____
	<b>Fonction</b>
	_____

Le formulaire de demande et les documents sont à envoyer à:

**SASIS AG, Zahlstellenregister, Postfach 3841, 6002 Luzern 2 Universität**